

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

531

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS
(Mention Médecine)

PAR

Fatima ZEKIYE

Née le 4 Mai 1911, à Istambul (Turquie)

**Contribution à l'Etude
de l'insertion vélamenteuse
du cordon ombilical**

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

IMPRIMERIE D'ARCUEIL
12, Rue de la Vallée - ARCUEIL (Seine)

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ
DE PARIS

(Mention Médecine)

PAR

Fatima ZEKIYE

Née le 4 Mai 1911, à Istanbul (Turquie)

Contribution à l'Etude de l'insertion vélamenteuse du cordon ombilical

Président : M. COUVELAIRE, Professeur

IMPRIMERIE D'ARCUEIL
12, Rue de la Vallée - ARCUEIL (Seine)

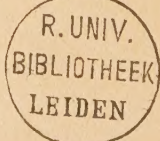
1938

LE DOYEN TIFFENEAU

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	ABRAMI.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBE.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNEO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique ophtalmologique	LENORMANT.
Clinique urologique	TERRIEN.
	MARION.
Clinique d'accouchements	BRINDEAU.
	COUVELAIRE.
Clinique gynécologique	JEANNIN.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	MOCQUOT.
Clinique thérapeutique médicale	OMBREDANNE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	RATHERY.
Clinique thérapeutique chirurgicale	LEMAITRE.
Clinique propédeutique	Pierre DUVAL.
Clinique de la Tuberculose	SERGEANT.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	BEZANÇON.
	MATHIEU.
	LAUBRY.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD (Henri) Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 DOGNON Physique.
 FEY Crologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 DE GENNES ... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBE (Henri) . Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL .. Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy) Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY ... Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI . Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET . Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS. Pathologie chirurgicale.
 PIEDELIEVRE .. Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIE Chimie biologique.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON .. Hydrologie.

II. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 PHILIBERT Bactériologie.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	}	BASSET	}
ALAJOUANINE		BROCQ	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULE		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
LIAN		VELTER	
PASTEUR-VAL- LERY - RADOT			
SEZARY			

MM.	
ECALLE	}
GUENIOT	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL	
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie Clinique.
PHILIBERT, agrégé	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

En témoignage d'affectueuse reconnaissance et de profond attachement pour tout ce qu'ils ont fait pour moi.

A MES FRERES ET A MA SŒUR

Vive affection et fidèle dévouement.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A M. le Professeur Alexandre COUVELAIRE

Professeur de clinique obstétricale à la Faculté

Accoucheur de la Clinique Baudelocque

Membre de l'Académie de Médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

*Qui m'a inspiré ce travail, m'a géné-
reusement ouvert les documents de
son service et fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.
Hommage reconnaissant,*

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine de Paris
et dans les hôpitaux

*Pour tout ce qu'ils m'ont appris. Té-
moignage de reconnaissance,*

A MES MAITRES

de la Faculté de Médecine d'Istanbul

Qui ont contribué à ma formation médicale. Toute ma gratitude.

INTRODUCTION

Comme l'on sait, le cordon ombilical s'insère très souvent sur la masse placentaire. Mais, dans un certain nombre de cas, l'insertion du cordon, au lieu de se faire directement sur le placenta, se fait sur les membranes. De cette sorte, les vaisseaux ombilicaux font un trajet plus ou moins long dans l'épaisseur même des enveloppes fœtales avant d'atteindre le placenta. Cette disposition vasculaire est le point essentiel dans l'insertion vélamenteuse du cordon.

Ayant eu l'occasion d'observer dans le service de notre Maître, M. le Professeur *Couvelaire*, un cas particulièrement intéressant d'insertion vélamenteuse, nous avons consacré notre thèse à ce sujet. Les données que nous apportons sont d'une part d'ordre statistique, basées sur les cas d'insertion vélamenteuse observés dans le service pendant l'année 1937. D'autre part, nous avons recueilli les observations particulièrement suggestives trouvées dans la littérature, afin d'illustrer le diagnostic différentiel avec celui de l'insertion vicieuse du placenta.



L'histoire de l'insertion vélamenteuse du cordon peut se résumer assez brièvement. Les travaux qui

s'y rapportent ont été faits pendant deux périodes assez nettement séparées. La première période débute en 1770, avec la description de Wrisberg, et continue jusqu'au commencement de notre siècle. Puis, pendant une vingtaine d'années, il y a un silence à peu près complet. La deuxième période commence en 1923 : les travaux reprennent et on en trouve chaque année trois ou quatre publications sur la question.

La première période est celle de l'accumulation des documents qui contribuent à la connaissance de l'anatomie pathologique et de la clinique. Wrisberg considérait l'insertion vélamenteuse comme une rareté, sans aucune portée clinique. Il en est de même de la description de Sandifort (1778). Lobsteine (1801), le premier, avait entrevu toutes les complications qui peuvent survenir au moment de l'accouchement du fait d'une insertion vélamenteuse. Suit alors une série de travaux qui n'apportent rien de nouveau, jusqu'à la publication de Hüter qui montre l'influence de cette insertion du cordon sur le développement du fœtus (1866). Nous passons sur des travaux qui ont élucidé quelques points anatomiques particuliers et nous citons la mise au point fondamentale de Chantreuil, dans sa thèse d'agrégation de 1875. Cet auteur a montré que le diagnostic de l'insertion vélamenteuse est impossible avant la dilatation du col.

En 1881, Thévenot a insisté sur la fréquence de cette insertion dans les grossesses gémellaires. Citons encore les thèses de Bessièrès, de Hugues et surtout celle, très complète, de Lefèvre (1895). Par la suite, peu de travaux importants, sauf ceux de Franque, de Winckel, de Stœckel, de Nijhoff.

La deuxième période ne comporte guère l'apport de faits nouveaux, mais plutôt une étude critique

des données classiques établies pendant la première période. La plupart des auteurs se sont efforcés de préciser la symptomatologie des divers accidents de l'insertion vélamenteuse et tout spécialement celle de la rupture vasculaire. Des observations intéressantes illustrant les difficultés du diagnostic, ont été publiées par R. Meyer, Russin, Boley, Nöldeke, Sorrentino, Wahl, Whitehouse et d'autres.

Les statistiques se sont également multipliées pendant cette période et nous y reviendrons dans notre premier chapitre.

Tel est, rapidement, le résumé de l'historique de la question.



Nous avons adopté pour notre travail le plan suivant :

- I. Fréquence de l'insertion vélamenteuse.
- II. Facteurs étiologiques.
- III. Conséquences cliniques.
- IV. Diagnostic.
- V. Accidents au moment de l'accouchement.
- VI. Conduite à tenir.

CHAPITRE PREMIER

FREQUENCE DE L'INSERTION VELAMENTEUSE

Les travaux statistiques destinés à déterminer la fréquence de l'insertion vélamenteuse par rapport au nombre total des accouchements sont fort nombreux. Nous allons les résumer et en déduire une moyenne.

La première statistique est celle de Sickel (citée par Chantreuil). Cet auteur a trouvé 3 cas sur 502 accouchements (environ 1 pour 160).

Cornelius van Solingen, en 1859, a trouvé 8 cas sur 1.000. Chiari, Braun et Spaeth ont trouvé, à la Maternité de Vienne, 4 cas sur 1.000.

Valenta (cité par Halliday Croome) a vu 21 cas sur 2.471 accouchements, soit environ 1 sur 118. Halliday Croome donne une proportion moyenne de 4 p. 1.000.

Hugues, à la Maternité de Marseille, entre 1840 et 1882, a relevé 48 cas sur 7.158 observations.

Lefèvre, utilisant le matériel statistique très riche de Pinard, provenant de Lariboisière et de la clinique Baudelocque, a compté 133 cas d'insertion vélamenteuse sur 15.894 accouchements, arrivant ainsi à un peu moins de 1 %.

En 1901, Petérs a réuni plusieurs statistiques et est arrivé au chiffre moyen de 0,8 à 0,9 %. Winckel, sur un matériel total de 6.000 naissances, donne 0,35 %. La proportion trouvée par Stœkel est de 0,5 %.

Nous arrivons aux statistiques plus récentes, celles de R. Mayer (1923) et Nöldeke (1934) : (allemandes); (Grieco, 1936) : (italienne), enfin celles que nous avons recueillies dans le service de notre maître, M. le professeur Couvelaire.

Robert Meyer donne un résultat global de 0,4 % d'insertions vélamenteuses. Nöldeke, sur un total de 10.000 naissances, a trouvé 121 insertions vélamenteuses. Pour ces cas, 10 étaient des grossesses gémellaires et l'auteur, considérant que l'insertion vélamenteuse est normale dans la gémellité, élimine ces 10 cas de sa statistique. Il trouve donc 111 cas sur 10.000, ce qui fait 1,1 %.

Grieco, sur un total de 23.500 naissances, à Bologne, trouve la proportion de 0,45 %.

Nous-mêmes, sur 3.161 *accouchements nous avons enregistré pendant l'année 1937, à la clinique Baude-locque*, 37 cas d'insertion vélamenteuse, ce qui fait 1 sur 85,4, soit 1,17 %.

Comme on voit, les chiffres varient donc fort peu. Les valeurs extrêmes sont 0,35 % (Winckler) et 1,1 % (Nöldeke et nous-mêmes). La moyenne de tous les chiffres que nous avons pu trouver dans la littérature est de 0,72 %, ce qui donne une insertion vélamenteuse pour environ 138 accouchements.

On voit donc que l'insertion vélamenteuse, sans être exceptionnelle, est toutefois *assez rare*.

CHAPITRE II

FACTEURS ETIOLOGIQUES

Certains auteurs se sont intéressés à quelques points étiologiques. Hyrtl, puis Lefèvre, ont insisté sur la grande fréquence de l'insertion vélamenteuse dans les grossesses gémellaires. En effet, sur les 133 cas d'insertion vélamenteuse de Lefèvre, 22 ont trait à des grossesses gémellaires. Tous les auteurs, par la suite, ont été d'accord pour admettre cette fréquence particulière. Récemment, Nöldeke va jusqu'à considérer l'insertion vélamenteuse comme presque normale en cas de jumeaux.

Plus récemment encore, Grieco a étudié la fréquence relative de l'insertion vélamenteuse en rapport avec l'âge de la mère et la parité.

Fréquente entre 26 et 30 ans, l'insertion vélamenteuse atteindrait de très fortes proportions au-dessous de 20 ans. Enfin, chez les primipares, l'anomalie serait presque deux fois plus fréquente que chez les multipares.

Nöldeke cite l'importance des antécédents pathologiques gynécologiques qui existeraient dans 50 % des cas. Sur 111 cas d'insertion vélamenteuse, il a

relevé 21 avortements avec curetage; 22 pertes blanches abondantes dont la nature gonococcique a été prouvée dans 4 cas; 9 affections pelviennes ou appendiculaires; 1 fibrome; 3 fièvres puerpérales; 16 dysménorrhées.

Nous allons maintenant exposer les résultats de nos investigations basées sur les cas observés à Baudelocque pendant l'année 1937. Nous avons étudié : la gemellité, l'âge de la mère, la parité, les antécédents pathologiques et les anomalies du placenta.

L'insertion vélamenteuse, dans les grossesses gémellaires serait dix fois plus fréquente que pour les grossesses simples. En 1937, nous avons noté à la clinique Baudelocque, 3.161 grossesses, dont 36 étaient gémellaires. Sur ces 3.161 grossesses nous avons relevé 37 cas d'insertion vélamenteuse dont 4 étaient des gémellaires. Par conséquent, 1 insertion vélamenteuse pour 9 grossesses gémellaires, et 1 insertion vélamenteuse pour 95 grossesses simples.

Voici comment les cas se répartissent quant à l'âge de la mère, dans notre statistique :

17 ans.....	1 cas
19 —.....	1 —
20 —.....	1 —
22 —.....	3 — (dont 1 gémellaire)
23 —.....	3 —
24 —.....	2 — (dont 1 gémellaire)
25 —.....	5 —
26 —.....	3 —
27 —.....	2 —
28 —.....	1 —
29 —.....	3 —
30 —.....	2 — (dont 1 gémellaire)
31 —.....	1 — (gémellaire)

32 —	2 —
33 —	1 —
34 —	1 —
35 —	1 —
36 —	1 —
37 —	2 —
41 —	1 —

Ces chiffres n'ont de la valeur que si on se rapporte à l'âge des accouchées. D'après nos statistiques, il n'existe pas d'âge de prédilection pour cette anomalie.

Voici les chiffres se rapportant au nombre des grossesses antérieures :

Primipares	22 (dont 2 gémellaires)
II-pares	7 (dont 2 gémellaires)
III-pare	1
IV-pares	4
V-pares	2
VII-pare	1

Si on considère ces chiffres avec celui des naissances totales, *il semble qu'il y ait une prédisposition nette pour les primipares.*

Les antécédents pathologiques suivantes ont été relevés chez ces 37 malades. Nous avons trouvé une *coexistence importante*. Voici nos résultats :

Avortements	7 cas (dont 2 multiples)
Affections annexielles ..	2 —
Rétroversion	1 —
Dysménorrhée	5 —
Ovariectomie unilatérale.	1 —
Bride vaginale	1 —

Appendicite	5 —
Cardiopathie	1 —
Tuberculose pulmonaire.	3 —
Tuberculose articulaire..	1 —
Syphilis	1 —

D'après ce tableau, nous trouvons donc *une fréquence importante des antécédents gynécologiques.*

Il ne serait pas impossible que la conformation même du placenta intervienne dans la production de cette anomalie. Sur nos 37 cas, voici les formes anormales du placenta que nous avons constatées :

Placenta bilobé	4
— réniforme	1
— bordé	1
— en cupule	1
— d'une grossesse gémellaire mono-choriale mono-amniotique	1

Dans l'insertion vélamenteuse du cordon, la situation du placenta dans l'utérus, semble jouer un rôle important. Les mensurations du grand et du petit côté des membranes rompues fixe sur le lieu de cette situation.

<i>N° du cas</i>	<i>Mensurations</i>
1	40/5
2	30/15
3	30/10
4	30/10
5	20/3
6	30/10
7	30/10
8	12/10

9	30/10
10	40/8
11	37/4
12	40/4
13	15/30
14	21/8
15	40/5
16	déchirées
17	35/10
18	30/7
19	déchirées
20	40/10
21	pas de petit côté
22	40/10
23	40/15
24	35/9
25	35/15
26	35/10
27	30/15
28	15/10
29	déchirées
30	déchirées
31	35/25
32	40/15
33	30/10
34	40/10
35	(30/00 + 30/6) gémellaire
36	déchirées
37	35/10 + 35/10

On voit ainsi que 11 fois sur 37, le placenta avait une insertion basse et dans 14 cas, il se trouvait à la limite (petit côté 10 centimètres). *Cela montre sa fréquence.*

Quant au sexe des enfants, il ne semble pas qu'il

ait une influence. Nous avons constaté, parmi les enfants nés d'un accouchement simple avec insertion vélamenteuse, 17 filles, 16 garçons.

Dans 4 cas de grossesses gémellaires avec insertion vélamenteuse, voici la répartition du sexe :

1 couple : fille garçon

1 couple : 2 filles

1 couple : 2 garçons

1 couple (avortement thérapeutique au quatrième mois d'une grossesse gémellaire mono-choriale mono-amniotique (hydramnios) : sexe indéterminé.

CHAPITRE III

CONSEQUENCES CLINIQUES

Dans une importante proportion des cas, l'insertion vélamenteuse du cordon reste une curiosité anatomique, sans portée clinique. Mais cette disposition particulière du cordon peut entraîner des conséquences latentes et des accidents graves. Nous allons étudier l'influence de cette disposition sur : la durée de la grossesse, la présentation de l'enfant, le moment de la rupture des membranes, le poids de l'enfant et du placenta, l'état de la mère; dans le chapitre suivant, nous reviendrons sur les accidents dus à l'insertion vélamenteuse du cordon.

Disons tout de suite que l'état de la mère n'est pas influencé du fait de cette disposition particulière du cordon.

La plupart des auteurs sont d'accord pour incriminer l'insertion vélamenteuse dans l'étiologie des naissances prématurées. Selon Winckel et selon Nöldeke, la proportion des naissances prématurées serait de 29 et jusqu'à 58 %.

Voici les résultats de notre statistique :

30 accouchements à terme;

- 3 accouchements prématurés gémellaires;
- 1 avortement provoqué gémellaire;
- 1 accouchement prématuré avec bride vaginale;
- 1 accouchement prématuré avec ovariectomie;
- 1 accouchement prématuré.

Vous sommes loin du pourcentage des auteurs allemands.

Selon Poullet, l'insertion vélamenteuse prédispose à une rupture précoce des membranes. Voici nos chiffres à cet égard :

Rupture prématurée	8
— précoce	15
— tempestive	14

On trouve en effet que la proportion des ruptures prématurées et précoces est anormalement élevée dans l'insertion vélamenteuse du cordon.

Voici le poids de l'enfant d'après nos cas :

N° du cas	Enfant en grammes	Placenta en grammes	Durée de la gestation
1.....	3.570.....	550.....	terme
2.....	3.100.....	600.....	—
3.....	2.980.....	550.....	—
4.....	2.220.....	750.....	8 mois
5.....	2.140.....	470.....	7 mois 1/2
6.....	3.110.....	640.....	terme
7.....	2.350.....	500.....	—
8.....	1.980.....	560.....	7 mois 1/2
9.....	3.150.....	590.....	terme
10.....	3.000.....	580.....	—
11.....	2.800.....	520.....	—

12.....	3.600.....	610.....	—
13.....	2.350.....	530.....	—
14.....	3.160.....	550.....	—
15.....	2.300.....	420.....	—
16.....	3.280.....	570.....	—
17.....	3.400.....	520.....	—
18.....	4.100.....	600.....	—
19.....	3.480.....	800.....	—
20.....	3.510.....	660.....	—
21.....	3.450.....	550.....	—
22.....	(2.470+ 2.540).....	1.200	
23.....	2.480.....	600.....	—
24.....	1.950.....	450.....	8 mois
25.....	2.600.....	630.....	terme
26.....	3.020.....	600.....	—
27.....	2.460.....	500.....	—
28.....	3.240.....	660.....	—
29.....	3.540.....	670.....	—
30.....	4.360.....	750.....	—
31.....	3.300.....	500.....	—
32.....	2.450.....	480.....	—
33.....	3.850.....	680.....	—
34.....	3.300.....	700.....	—
35.....	(2.430+..... 2.500+)	780.....	8 mois 1/2
36.....	(2.050—..... 2.120—)	1.050.....	8 mois
37.....	(580+..... 580)	430	

avortement thérapeutique (hydramnios)

A terme, le poids moyen de ces enfants (3.092 gr.) est inférieur au poids normal moyen.

D'après notre statistique à terme, le rapport moyen entre le placenta et l'enfant est de 1/5,3. Donc, l'insertion vélamenteuse du cordon coïnciderait avec une insuffisance du développement de l'enfant et une augmentation de celui du placenta, provoquées par une gêne circulatoire fœto-placentaire.

Quant à la présentation, voici nos chiffres :

Sommet	32
Siège	4

Dans ces 4 cas de présentation de siège, il ne s'agissait que de primipares normalement conformées, en bonne santé, sans antécédents pathologiques, ayant accouché à terme.

Sur ces 4 cas, nous avons trouvé 2 placentas bas et 1 gémellité.

Le placenta bas et la gémellité prédisposent en effet à la présentation du siège, mais en même temps ils prédisposent à l'insertion vélamenteuse du cordon.

Donc, dans l'insertion vélamenteuse du cordon, le rapport de la présentation du siège à celle du sommet est supérieur (dans notre statistique, 10,8 %) à celui trouvé dans l'ensemble des accouchements en général (1,6 %).

CHAPITRE IV

DIAGNOSTIC

Le diagnostic de l'insertion vélamenteuse n'est pas impossible, au moment de la formation de la poche des eaux. On sent alors au toucher, dans ces rares cas, des cordons inclus dans les enveloppes de l'œuf. Ils peuvent atteindre le volume d'une plume de corbeau. Ils se distinguent de la procidence du cordon par ce fait que, dans l'insertion vélamenteuse, la partie pulsatile du cordon est immobile et comme incrustée dans les membranes, contrairement à la procidence qui est noueuse et fuit sous le doigt.

Mais le diagnostic de l'insertion vélamenteuse se fait généralement après la délivrance, par l'examen direct de l'arrière-faix, ou au moment de l'accouchement, par la rupture vasculaire ombilicale que l'insertion vélamenteuse du cordon détermine dans le cas de disposition particulière des vaisseaux ombilicaux (vaisseaux ombilicaux sur la poche des eaux).

La rupture vasculaire se traduit par une hémorragie qui est très souvent confondue avec l'hémorragie des insertions vicieuses du placenta. Dans le cas d'insertion vélamenteuse, elle survient souvent et presque toujours après la perte des eaux. Elle se dis-

tingue en outre de celle des insertions vicieuses du placenta par la conservation de l'état général de la mère, malgré l'abondance de l'hémorragie brutale. Cet état général maternel contraste avec la disparition des bruits du cœur fœtal, car l'hémorragie est d'origine fœtale et non maternelle. « La vie de l'enfant s'écoule avec son sang. » (Lefèvre.) Dans l'insertion vélamenteuse du cordon des jumeaux le premier succombe toujours par rupture des vaisseaux ombilicaux, même cause peut provoquer la mort du second. Dans le cas de l'insertion vélamenteuse du cordon du deuxième jumeau, ce dernier s'échappe généralement à la mort, étant expulsé immédiatement après la rupture de la poche des eaux et de ses vaisseaux ombilicaux.

Dans quelques cas, la rupture des vaisseaux ombilicaux peut survenir en même temps que la perte des eaux : les eaux sont teintées alors par l'hémorragie.

Dans d'autres cas, enfin, l'hémorragie peut survenir avant l'ouverture de la poche des eaux. Lefèvre pense que c'est la dilatation du col qui la provoque. Frommelt suppose que l'hémorragie est due à une petite rupture partielle des membranes juste à l'endroit du vaisseau.

Nombre de morts des enfants, attribuées à l'hémorragie du décollement prématuré du placenta vicieusement inséré, sont dues en réalité à la rupture des vaisseaux ombilicaux.

Nous publions deux observations particulièrement suggestives au point de vue diagnostic différentiel entre l'insertion vélamenteuse du cordon et l'insertion vicieuse du placenta observations n° 11 et n° 12), recueillies dans le service de notre maître, M. le professeur Couvelaire.

Voici les schémas de ces observations :

*Placenta de situation
normale
Insertion vélamenteuse
du cordon*

*Placenta bas
avec insertion centrale
du cordon*

(Observation n° 11)
Pas d'hémorragie avant la
perte des eaux.
Rupture spontanée des
membranes.
Vaisseau ombilical voisin
est intéressé.

Hémorragie après la perte
des eaux.
Enfant mort.

(Observation n° 12)
Hémorragie avant la perte
des eaux.
Rupture artificielle des
membranes.
Vaisseau voisin réunis-
sant les deux cotylé-
dons placentaires n'est
pas intéressé.
Pas d'hémorragie après la
perte des eaux.
Enfant vivant.

CHAPITRE V

ACCIDENTS

L'insertion vélamenteuse peut déterminer des accidents pendant l'accouchement, surtout en raison de la disposition particulière des vaisseaux ombilicaux. Ces accidents sont, avant tout, la rupture vasculaire et la compression des vaisseaux. On trouve aussi une prédisposition à la procidence et à la rupture du cordon. Les procidences sont très fréquentes.

Rupture vasculaire

Le plus souvent, l'insertion vélamenteuse est située au point diamétralement opposé à l'ouverture de la poche. Dans certains cas, la rupture de la poche des eaux, quoique se produisant au voisinage des vaisseaux ombilicaux de l'insertion vélamenteuse, n'entraîne pas leurs ruptures en s'arrêtant sans les atteindre.

Mais, à *titre exceptionnel*, l'ouverture de la poche des eaux peut être la cause d'une rupture vasculaire en raison de la disposition particulière de ces vais-

seaux. L'hémorragie qui se produit est un accident grave; elle provoque fatalement la mort de l'enfant. Déjà, Wrisberg en 1773 et Lobstein en 1801 signalent cet accident comme rapidement mortel.

L'enfant présente les stigmates de saignée à blanc.

Compression vasculaire

La compression vasculaire ombilicale est fréquente. Elle entraîne la souffrance fœtale qui se traduit par l'expulsion du méconium, l'assourdissement des bruits du cœur fœtal et leur rythme anormal, la mort apparente ou réelle de l'enfant par l'asphyxie.

Procédence du cordon

Les accidents les plus fréquents sont les procidences du cordon. Elles peuvent déterminer la souffrance fœtale, la mort apparente ou réelle par compression du cordon. Hugues a constaté 1 cas de mort sur 43; Lefèvre, 2 sur 133, et Nöldeke 1 fois sur 111. Nous avons eu un cas de procidence provoquant la mort de l'enfant.

Rupture du cordon

Quant à la rupture du cordon, éventualité tout à fait exceptionnelle, quoique possible, elle doit inciter à la prudence dans les manœuvres au moment du dégagement des circulaires du cordon et dans celles de la délivrance.

*
**

Voici la statistique de Nöldeke, quant au nombre des morts et causes de mortalité :

Mort par hémorragie	2
Mort par compression des vaisseaux ombilicaux.	2
Mort par procidence du cordon	1

L'ensemble fait 5 cas de mort sur 111 cas d'insertion vélamenteuse, soit 4,5 %.

Nous exposons maintenant nos résultats (statistique personnelle sur 37 cas) :

Mort-né par procidence	1
Compression des vaisseaux ombilicaux :	
Mort apparente (forme bleue)	1
Etonné	1
Crie au bout de cinq minutes	2

Par contre, l'état de la mère n'est pas influencé, comme nous l'avons dit plus haut.

CHAPITRE VI

CONDUITE A TENIR

Malgré la rareté des cas d'insertion vélamenteuse du cordon, il ne faut pas oublier cette anomalie, d'autant plus que, dans certains cas, très rares, on pourrait faire le diagnostic par le toucher.

Le diagnostic posé, on peut faire alors une rupture artificielle et raisonnée des membranes, sous la conduite du spéculum, ou une section césarienne par voie haute (Kosmack) pour prévenir la rupture des vaisseaux ombilicaux.

En cas d'hémorragie, il faut terminer l'accouchement au plus vite, soit par la version ou par le forceps, suivant le conseil de Lobsteine, ou la césarienne systématique, d'après Ruge.

Pratiquée d'urgence, une de ces interventions est capable de *sauver l'enfant*. Cependant, presque toujours on arrive trop tard, à un moment où les battements du cœur fœtal ne sont plus perceptibles. Dans ce cas, on n'a plus qu'à attendre l'expulsion spontanée qui se fait presque toujours normalement.

En cas de procidence du cordon la section césarienne est indiquée avant que l'enfant souffre (Kosmack). Dans le cas de souffrance fœtale, la meilleure conduite à tenir serait de terminer également au plus vite l'accouchement par le forceps, ou par la version suivant les indications.

OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON VAISSEAUX OMBILICAUX ÉLOIGNÉS DE LA POCHE DES EAUX

M^{me} B..., née à Paris, âgée de 29 ans, sans profession, entre à la clinique Baudelocque.

Elevée au sein, a marché normalement. Les parents sont bien portants; elle n'a pas eu de maladie. La date des premières règles est à 12' ans; douloureuses; durée : six jours.

Première grossesse actuelle, à terme. Bassin normal. Réaction de Bordet-Wassermann dans le sang, régulièrement négative. Gestation bien supportée. Rupture des membranes spontanée prématurée; liquide amniotique clair. Expulsion spontanée d'un garçon par le sommet, criant aussitôt, pesant 3.100 gr.

Délivrance naturelle et complète. Placenta de forme et de situation normales, pesant 530 grammes. Insertion vélamenteuse du cordon. Les vaisseaux ombilicaux sont disposés à plus de 12 centimètres de la rup-

ture de la poche des eaux. Durée du travail : neuf heures quarante. Mère et enfant, en bon état, quittent l'hôpital.

OBSERVATION N° 2

(INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON)

RUPTURE DE LA POCHE DES EAUX SANS HÉMORRAGIE,
MALGRÉ LA PROXIMITÉ DES VAISSEAUX OMBILICAUX
(LEFÈVRE)

M^{me} G..., sans profession, âgée de 22 ans, entre à l'hôpital Lariboisière.

Primipare, bassin normal, présentation en sommet, rupture des membranes spontanée, intempestive.

Expulsion spontanée d'un garçon vivant, pesant 2.870 grammes. Délivrance naturelle et complète. Placenta normal; insertion vélamenteuse. Rupture spontanée des membranes, près d'un vaisseau ombilical. Les membranes sont entières et mesurent 2/37.

Mère et enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 3

INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON

HÉMORRAGIE PAR RUPTURE DE VAISSEAU OMBILICAL
ENFANT MORT-NÉ
(G. FROMMOLT)

Il s'agit d'une IV-pare de 31 ans. L'interrogatoire ne révèle rien d'anormal. Les accouchements précédents étaient normaux, avec enfants vivants.

Dernières règles le 12 mars 1925; premiers mou-

vements fœtaux en juillet 1925. La grossesse était normale jusqu'au 4 novembre. Ce jour-là, vers six heures du soir, est survenue brusquement une hémorragie importante, qui a obligé la malade à entrer à l'hôpital. *On ne perçoit plus les mouvements fœtaux, jusqu'alors nets.* A l'examen, on trouve une femme assez grasse, avec un bon état général. Au cœur, un léger souffle systolique et un clangor du deuxième bruit aortique. Température légèrement élevée, pouls accéléré. Bassin normal. Pas de douleurs. La position du fœtus est impossible à déterminer. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles. L'hémorragie paraît être actuellement terminée.

Nous avons fait le *diagnostic d'hémorragie par placenta prævia* et, après avoir tout préparé pour une césarienne, nous avons procédé à une exploration interne. Le col est facilement perméable à deux doigts. On sent les membranes assez tendues, avec des épaississements, mais on ne sent rien qui ressemble à du tissu placentaire. Cette exploration détermine la rupture des membranes et il s'évacue un liquide amniotique abondant et clair. On décide alors de pratiquer une version. Au cours de celle-ci se produit une proéminence du cordon; celui-ci ne bat plus. Le pied aperçu à la vulve est très pâle. Après injection d'hypophyse, la femme a quelques douleurs et l'accouchement survient au bout de treize heures et quart après le début des premières douleurs. Une demi-heure après l'accouchement, la délivrance spontanée survient. Alors que la femme n'a pas perdu jusqu'ici une goutte de son propre sang, on voit survenir une forte hémorragie par atonie qui a résisté à l'hypophyse intraveineuse et à l'ergotine. Comme le placenta très volumineux paraissait en mauvais état et comme on craignait qu'il fût incomplet, on fit une révision utérine sans résul-

tat. D'ailleurs, l'hémorragie s'est arrêtée et les suites de couches ont été normales.

L'examen soigneux du placenta a donné les résultats suivants :

Il est anormalement volumineux, d'un poids de 950 grammes (poids de l'enfant : 1.750 grammes) et d'un diamètre de 19,5/19,5. La face maternelle est irrégulière, avec dépôt fibrineux. La tranche de la rupture des membranes est à un travers de doigt et demi du bord placentaire. Le cordon a une insertion vélamenteuse. La rupture des membranes s'est faite entre deux vaisseaux. A l'aide d'injections des vaisseaux, *on a retrouvé l'endroit où la veine ombilicale s'est rompue*. Cet endroit est éloigné du point où les membranes se sont rompues. L'examen microscopique de la veine rompue montre peu de chose : faible développement des fibres élastiques. La section du placenta montre deux volumineux hématomes accompagnés de plusieurs plus petits.

L'autopsie de l'enfant montre une anémie très marquée des organes internes, en particulier du cœur et des reins.

OBSERVATION N° 4

INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON HÉMORRAGIE PAR RUPTURE DES VAISSEAUX OMBILICAUX ENFANT MORT-NÉ (F. A. WAHL)

Il s'agit d'une primipare de 24 ans. N'a jamais été malade. Régée à 13 ans et demi. Dernières règles le 5 février 1929. Premiers mouvements fœtaux fin juin.

On attendait donc la naissance pour le milieu du mois de novembre; la grossesse était bien supportée.

Le 27 septembre au matin, est survenue subitement, sans aucune cause apparente, une forte hémorragie, dont l'abondance a été comparée à celle d'un écoulement menstruel important. Devant la persistance de l'hémorragie, la malade a appelé son médecin qui, *craignant un placenta prævia*, l'envoya à l'hôpital.

Examen : femme petite, mince, blonde, d'apparence saine. Examen général normal. Bassin normal. Le fond de l'utérus est à trois travers de doigt au-dessus du rebord costal. Tête mobile à l'entrée du bassin. On n'entend pas les bruits du cœur.

Toucher : vulve pleine de sang. Tête petite au détroit supérieur. Col incomplètement effacé, perméable à un doigt.

A l'examen, on sort un caillot volumineux. On adopte une attitude expectative.

Dans la nuit et le lendemain, il n'y a que quelques légères douleurs. On constate l'écoulement de liquide amniotique teinté de sang.

Un examen pratiqué le 28 septembre ne décèle aucun changement.

Le 29 septembre, une injection d'hypophyse reste sans effet. De rares et légères contractions utérines ne donnent issue qu'à du liquide amniotique toujours sanglant. Cependant, les douleurs augmentent dans le courant de la journée et, à 20 h. 30, survient l'expulsion spontanée d'un garçon, macéré, long de 44 centimètres, et pesant 1.760 grammes. La femme ne saigne plus et l'utérus est bien contracté. La délivrance ne survient que le lendemain matin, à 8 h. 30.

Le placenta paraît complet. Il pèse 305 grammes. Les diamètres sont de 14 et 16 centimètres, l'épaisseur de 2 à 3 centimètres. Sa consistance est un peu molle.

La face maternelle ne montre ni infarctus ni dépôt fibrineux. La face fœtale est uniformément lisse. Les membranes sont également complètes et par leurs dimensions et leur aspect elles montrent que le placenta a une insertion normale. La déchirure des membranes correspond à la grosseur du fœtus et se trouve entre deux gros troncs vasculaires. Ceux-ci paraissent au premier abord intacts, mais en les injectant, on découvre le point de rupture qui siège sur la veine et sur deux artères.

Enfant : il présente une macération avancée, avec phlyctènes étendues au tronc et aux extrémités. Les os du crâne sont mous. A l'ouverture du crâne, on trouve la pie-mère pâle. Pas de congestion ni d'hémorragie. Les organes thoraciques et abdominaux sont anémiés; pas d'ecchymoses; bronches sans corps étrangers aspirés. L'intestin est rempli de meconium.

L'examen histologique des surrénales et du foie par le procédé de Levaditi ne montre pas de spirochètes. La réaction de Wassermann dans le sang maternel est négative.

OBSERVATION N° 5

INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON HÉMORRAGIE PAR RUPTURE DE VAISSEAU OMBILICAL ENFANT MORT-NÉ (HECKER)

Le 7 septembre 1860, on a remarqué, chez une primipare, pendant la période de dilatation, une rugosité spéciale des membranes; on sentit sur elles des cordons, que l'on prit pendant un certain temps pour du placenta; mais un nouvel examen fit reconnaître des vaisseaux du cordon. D'ailleurs tout était nor-

mal. L'enfant se présentait par le sommet dans la deuxième position. Les douleurs étaient fortes. Les battements du cœur très nets s'entendaient à droite et en bas. Les membranes ne tardent pas à se rompre avant la dilatation complète. Bientôt après, une hémorragie de moyenne intensité fait irruption hors du vagin. On ne pouvait l'attribuer à aucune des causes ordinaires. Elle cessa d'elle-même. Une heure et demie après sans intervention d'art, naquit, après une période d'expulsion d'une heure un quart, un garçon de 4 livres $1\frac{1}{2}$ et de 48 centimètres de long, presque à terme, qui ne donnait aucun signe de vie et chez lequel on ne percevait pas même le plus petit battement.

Un quart d'heure après la naissance de cet enfant, le placenta sort sans peine du vagin. Il est petit, pèse trois quarts de livre, mais son parenchyme est normal. Les membranes sont pâles. Sur elles courent les vaisseaux du cordon à une distance de 23 centimètres du bord du placenta. En cet endroit aboutit le cordon. Il mesure 51 centimètres. Il est mince et peu tordu. Il se divise en cinq ou six vaisseaux qui rampent sur les membranes entre le chorion et l'amnios. Les membranes se sont rompues précisément à ce niveau et en cet endroit, on voit un gros vaisseau complètement rompu. Les deux bouts du vaisseau sont obstrués par un caillot frais, mou et non adhérent à ses parois, sur une longueur d'un centimètre.

Le corps de l'enfant est couleur blanc de cire. Seulement la partie gauche de la tête est rouge foncé. Du même côté on remarque une forte tuméfaction. A un examen plus attentif, on trouve un grand épanchement de sang dans le tissu cellulaire, entre le crâne et l'épicrâne, au niveau du pariétal et de l'occipital. Le cerveau injecté à sa superficie; les ventricules sont

vides; son parenchyme est assez hyperémié. Les poumons sont absolument vides d'air. Les voies aériennes et nutritives sont pâles. On trouve dans les premières, des mucosités verdâtres, qui se continuent dans les plus fines ramifications bronchiques et qui sont constituées par du méconium. Le cœur est vide. Le trou de Botal, large d'un centimètre, est fort ratatiné. Foie modérément rempli de sang, de consistance ordinaire. Canaux biliaires pleins de bile jaunâtre, rate petite. Reins modérément gros et fermes.

OBSERVATION N° 6

INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON HÉMORRAGIE PAR RUPTURE DE VAISSEAU OMBILICAL ENFANT MORT-NÉ (LANGERHANS)

Chez une primipare âgée, les douleurs commencèrent à 9 heures du soir. Au dire de la sage-femme, les membranes se rompirent à 1 heure du matin; en même temps survint une hémorragie abondante, mais de courte durée et le fœtus perdit son méconium. Néanmoins, la sage-femme attendit jusqu'à 1 heure de l'après-midi pour appeler un médecin à son aide. L'enfant se présentait par le sommet; la tête était au détroit supérieur; les bruits du cœur ne s'entendaient pas, et la femme était très épuisée. On termina l'accouchement par une application de forceps. L'examen de l'arrière-faix donna les renseignements suivants : le cordon s'insérait sur le point des membranes opposé au placenta; entre le bord du placenta et le point d'implantation du cordon, les vaisseaux couvraient de leurs mailles la superficie des enveloppes

de l'œuf; ces dernières s'étaient déchirées vers le milieu de cet espace; la rupture avait intéressé une artère qui traversait obliquement cet intervalle et avait le volume d'une plume de corbeau. C'était là évidemment la cause de l'hémorragie et de la mort de l'enfant.

OBSERVATION N° 7

INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON
HÉMORRAGIE PAR RUPTURE D'UN VAISSEAU OMBILICAL
ENFANT MORT-NÉ
(BENCKISER)

(thèse de Lefèvre)

Une jeune femme de la campagne, âgée de 26 ans, fut admise à l'hôpital en novembre 1830. Le travail commença le 7 décembre à midi. A 3 heures le col était dilaté d'un pouce et on pouvait facilement sentir la saillie formée par la poche des eaux. En explorant avec le doigt on sentit une corde anormale égalant le volume d'une plume à écrire, qui, placée dans l'épaisseur des membranes, se portait d'arrière en avant et ne présentait aucun battement. *Après la rupture de la poche, les eaux s'échappèrent et furent suivies* de quelques gouttes de sang. La tête se trouvait dans l'excavation en première position, et on s'aperçut qu'un bout du cordon se trouvait placé entre lui et la symphyse sacro-iliaque droite. On n'y sentait qu'une pulsation très faible. On essaya, mais vainement, de le repousser, et le travail continuant avec activité, le professeur Noegelé termina l'accouche-

ment par le forceps. Quand on plaça la branche droite, il s'écoula une grande quantité d'eau mêlée de sang. Pendant les quatre heures qui s'étaient écoulées depuis la rupture de la poche jusqu'à la terminaison du travail, le sang n'avait cessé de couler; la femme pouvait en avoir perdu 160 à 200 grammes. La délivrance eut lieu une heure et demie après. L'enfant, pâle et décoloré, présentait encore quelques signes de vie, mais il mourut peu d'instant après. Il pesait 2.900 grammes. On ne trouva à l'autopsie que des signes d'anémie. Tout prouve que *l'hémorragie avait causé la mort du fœtus.*

L'examen du délivre fit découvrir la source de l'hémorragie. Le placenta avait sa texture et sa forme habituelles. Les membranes étaient un peu dures et plus épaisses, et leur déchirure était tout ce qu'il fallait pour permettre la sortie du fœtus. Le cordon ombilical s'insérait sur les membranes à 6 centimètres du rebord placentaire; à partir de ce point, les vaisseaux n'étaient point réunis, mais se séparaient en se ramifiant çà et là sur les membranes; et après que ces diverses ramifications des artères et de la veine avaient parcouru à leur surface interne un trajet plus ou moins long, mais variable, pour chacune d'elles, depuis 4 centimètres jusqu'à 27 centimètres, elles entraient dans le placenta, les unes par le centre, les autres par son bord.

Le premier rameau, naissant de la division de la veine ombilicale au point de son insertion dans les membranes, se portait à droite, parcourait un trajet considérable à leur surface interne et venait enfin se plonger dans le bord opposé du placenta. C'est précisément sur le point de ce trajet le plus éloigné du placenta qu'a lieu la *rupture des membranes*; cette rupture a dû nécessairement produire celle du rameau

veineux que nous venons de décrire, et c'est à elle, sans aucun doute, qu'est due la perte qui a occasionné la mort de l'enfant, ainsi que le prouva l'autopsie. La chute du cordon n'est pour rien, en effet, dans cette mort, car dans ce dernier cas, les symptômes de congestion sont ceux que fournit l'ouverture du cadavre.

OBSERVATION N° 8

INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON HÉMORRAGIE PAR RUPTURE DE VAISSEAU OMBILICAL ENFANT MORT-NÉ (DREYFUS)

I pare de 21 ans, enceinte de 9 mois. Vient pour hémorragie légère. On trouve à ce moment un col effacé, perméable à deux doigts, la tête amorcée dans le détroit supérieur, la poche intacte. Contractions présentes.

Sept heures après l'entrée, on constate de petites hémorragies répétées. A l'examen interne : col, dilatation 5 francs. Tête engagée dans le bassin. Poche intacte. On recherche vainement du placenta au-devant de la présentation. On pense à un placenta bas inséré et on rompt les membranes. Au même moment il se produit une petite perte de sang mélangé à du liquide amniotique. On perçoit les membranes donnant une sensation particulière d'épaisseur au toucher, sans qu'on puisse dire s'il y a des vaisseaux animés de battements. Les bruits du cœur fœtal deviennent sourds, et finissent par disparaître entièrement et rapidement.

Une heure après l'accident, se produit l'expulsion d'un enfant mort, de 45 centimètres.

Examen du placenta : Insertion vélamenteuse du cordon. A deux centimètres de son insertion, un vaisseau rompu.

OBSERVATION N° 9

INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON HÉMORRAGIE PAR RUPTURE DES VAISSEAUX OMBILICAUX ENFANT MORT-NÉ (HALLIDAY CROOME)

Je fus appelé près d'une femme de 40 ans, en travail depuis quelques temps, qui avait eu une hémorragie considérable. Quand je la vis, les membranes étaient rompues et la tête engagée, l'hémorragie avait cessé.

Peu de temps après mon arrivée, l'enfant fut expulsé mort et anémié.

Le placenta fut extrait facilement avec quelques caillots, au bout de dix minutes.

J'ai considéré le cas comme étant une hémorragie accidentelle.

M'étant informé, j'appris que les membranes s'étaient rompues une heure avant mon arrivée et que, depuis leur rupture jusqu'à la naissance, l'écoulement de sang avait été continu. En examinant le délivre, je vis que le cordon s'insérait sur les membranes : les vaisseaux, avant de gagner le placenta au bord inférieur duquel ils étaient reliés, se divisaient et couraient à la surface des membranes, dans une étendue de trois pouces. Les troncs veineux étaient plus nombreux en même temps que plus longs et plus flexueux. Deux d'entre eux étaient rompus, manifestement au point de la déchirure des membranes.

OBSERVATION N° 10

INSERTION VÉLAMENTEUSE DU CORDON
HÉMORRAGIE PAR RUPTURE DE VAISSEAU OMBILICAL
ENFANT MORT-NÉ
(*Betz-Memorabilien*)

Le 10 mai, à 9 heures du matin, la nommée Ursule Ros..., secondipare, âgée de 30 ans, met au monde, au bout de dix heures de travail, une fille morte et exsangue qui s'était présentée par le sommet dans la première position. Au moment de son entrée, à 1 h. 30 de la nuit, elle avait perdu les eaux à 11 heures, avant le début des douleurs, et depuis ce moment elle perdait du sang en plus ou moins grande quantité. A son entrée, le col était encore long, mais les douleurs devinrent si fortes qu'à 6 heures du matin il était complètement effacé et l'accouchement se faisait à 9 heures du matin. La sage-femme en chef et ses élèves avaient bien observé une perte de sang continue et peu abondante; elles y avaient ajouté peu de valeur, parce qu'elle était faible. Jusqu'à ce que la mort de l'enfant leur apprît autre chose, *elles croyaient que la perte de sang résultait d'un décollement prématuré du placenta*. Elles n'avaient pas observé une perte de sang en forme de jet. *Ce n'est qu'un examen approfondi du délivre qui donna la clef de l'énigme, d'une façon intéressante*. Le placenta, d'un diamètre de 6 centimètres, s'était inséré profondément dans l'utérus et on remarquait une insertion vélamenteuse du cordon du côté de son bord inférieur.

Le cordon, qui était long de 16 pouces et demi, se divisait à 4 pouces et demi du bord du placenta en affectant la forme d'une fourche. Une seule veine le

pénétrait, mais avant son entrée dans le cordon elle recevait plusieurs rameaux. Une seule artère d'un fort calibre en sortait; la deuxième venait se réunir à la première et elle était déchirée un peu au-dessous du point de division. A 3 pouces de la veine principale partait du placenta une autre grosse veine, qui se dirigeait en forme d'arc, à une distance de 2 ou 3 pouces du bord, jusqu'au point de séparation, pour se jeter dans la veine principale. Cette branche veineuse, par laquelle s'était faite la perte de sang, était rompue à son point d'abouchement avec le fort tronc veineux, et la tête, en repoussant les membranes, en avait arraché un morceau. L'amnios se laissait décoller jusqu'au point où se faisait la division en forme de fourche.

Cette découverte sûrement intéressante nous engage vivement à regarder le délivre dans un accouchement au point de vu médico-légal.

OBSERVATION N° 11

DE NOTRE MAITRE M. LE PROFESSEUR COUVELAIRE

ACCOUCHEMENT D'UN ENFANT AVEC DÉBUT DE
MACÉRATION, PLACENTA BILOBÉ ET INSERTION VÉLA-
MENTEUSE DU CORDON SUR LE GRAND COTÉ, AVEC
RUPTURE D'UN DES VAISSEAUX VÉLAMENTEUX

M^{me} Keb..., âgée de 27 ans, sans profession, entre à l'hôpital Baudelocque le 25 février 1938, à 1 h. 30.

Antécédents héréditaires : père mort accidentellement, mère morte d'albuminurie (?), une sœur morte de para-typhoïde, un frère bien portant.

Antécédents physiologiques personnels : née à terme, élevée au sein, a marché à neuf mois. Réglée à 11 ans; règles régulières, durent deux à trois jours.

Antécédents pathologiques : en 1927, à la suite d'un épisode grippal, elle a présenté de l'amaigrissement, de la fatigue, de l'anorexie. Un examen radioscopique a montré une lésion du poumon gauche. A la suite d'un séjour à la campagne elle s'est améliorée. Les examens de crachats étaient négatifs. En décembre 1936, survient une hémoptysie. A la radiographie, on fait le diagnostic de tuberculose pulmonaire fibreuse. Pas de bacilles dans les crachats.

Antécédents obstétricaux : première gestation en 1926, terminée à trois mois par avortement volontaire; suites normales. Deuxième grossesse en 1930 : accouchement normal à terme, fille (3.500 gr.). Suites de couches normales. Troisième grossesse en 1932, terminée par avortement volontaire à trois mois. Suites normales. Quatrième grossesse en 1932 : accouchement normal, garçon (3.800 gr.), bien portant.

C'est donc actuellement la cinquième grossesse. Les dernières règles datent de mai ou juin 1937. Le procréateur est bien portant, c'est un employé de bureau de 37 ans.

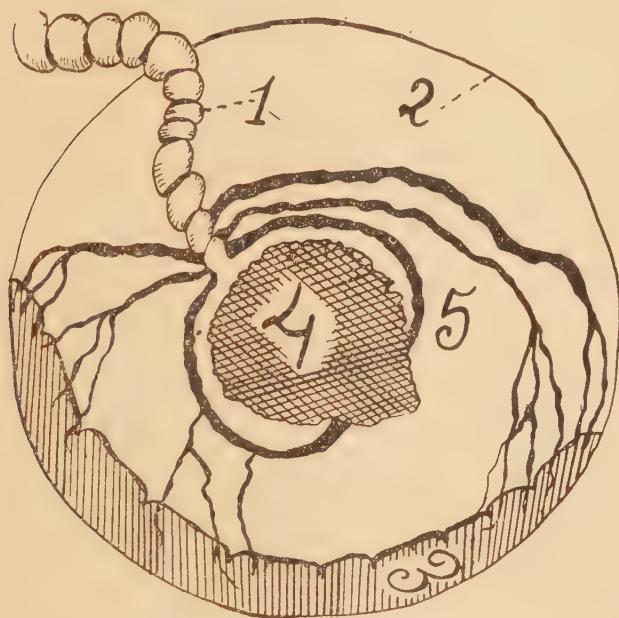
Examen général à l'entrée : tension artérielle 13-9, urines normales. Réaction de Wassermann dans le sang = négative. L'examen ne montre rien d'anormal, sauf un léger œdème aux membres inférieurs.

Examen obstétrical : à l'entrée, seins normaux, utérus de forme ovoïde, de hauteur 32; col fermé, est en voie d'effacement. Présentation de sommet en O.I.G.A. On entend les bruits du cœur. Le bassin est normal. Dilatation à l'entrée : 0 fr. 50.

La rupture des membranes s'est faite spontanément

et précocement à 19 h. 50. Le liquide amniotique est clair.

Début du travail à 20 heures. Vers 20 h. 30, survenue une hémorragie de sang rouge, sans aucune douleur, sans signes généraux. La quantité de la perte est



OBSERVATION N° 11

(L'arrière-faix vu par la face fœtale)

1. Cordon avec insertion vélamenteuse. — 2. Membranes. — 3. Placenta. — 4. Ouverture de la poche des eaux. — 5. Vaisseau ombilical rompu par l'ouverture de la poche des eaux.

un litre environ. L'examen pratiqué quelques temps après, montre le col mal effacé, la dilatation est de 0 fr. 50 à peine. Les bruits du cœur ne sont pas perçus, la tête est fixée. Température 36,8, pouls 120; tension artérielle 13-9.

La femme ne perd plus, bon état général.

Le 26 février, à 9 heures. Les pertes ne se sont plus reproduites. Pas de contractions utérines, mais l'utérus est tendu. Pouls à 92, température 37,2.

A 10 heures, un nouvel examen montre une hauteur utérine de 30. L'utérus est toujours tendu, mais on perçoit nettement les contractions, la tête est en bas, mobile, le dos est à gauche. Les bruits du cœur ne sont pas perçus. Le toucher vaginal permet de constater un col long, non effacé, mais largement béant. On arrive directement dans l'orifice du col sur la présentation. L'état général excellent, pas de pâleur, bon pouls. M. le professeur Couvelaire prescrit de la spasmalgine.

Par la suite, l'utérus semble se détendre et l'état général est toujours excellent. A 12 h. 45, on trouve un utérus souple, sans contraction. Les bruits du cœur n'existent pas. Température : 37°1.

La journée se passe sans changement. On ne constate pas de travail. Dans la nuit, la femme se repose bien.

Les premières contractions douloureuses apparaissent le 27 février, à 17 heures. Col largement perméable, dilaté comme 2 francs.

A 18 h. 45, l'écoulement du liquide amniotique légèrement teinté. A 18 h. 50, le fœtus est expulsé spontanément.

Examen de l'enfant. Enfant de sexe féminin, pesant 3.319 gr. On constate un début de macération avec décollement de l'épiderme sur toute l'étendue des téguments. Phlyctènes sur le mollet gauche, la fesse gauche et sur la cuisse et la fesse droites. Au niveau du crâne, disjonction importante des sutures avec fontanelle bregmatique très élargie. Foie, rate normaux. Cordon infiltré. Ce qui frappe le plus, c'est la pâleur généralisée de l'enfant.

A 19 h. 20, survient la délivrance qui est naturelle et complète. Le placenta pèse 590 grammes.

Examen de l'arrière-faix : placenta bilobé, complet, membranes intactes, leurs mensurations : 43/12. Insertion vélamenteuse du cordon sur le grand côté. On



OBSERVATION N° 12

(L'arrière-faix vu par la face fœtale)

1. Cordon avec insertion centrale. — 2. Membranes. — 3. Placenta.
4. Ouverture de la poche des eaux. — 5. Vaisseau voisin non rompu.

constate que l'ouverture de l'œuf a rompu un vaisseau artériel. On retrouve la section de ce vaisseau sur le bord libre des membranes de chaque côté. L'hémorragie constatée au début du travail peut donc être

rapportée comme d'origine fœtale : (par le vaisseau ombilical).

Suites de couches : le 28 février, pertes abondantes, mais état général satisfaisant. A partir du 1^{er} mars, l'état s'améliore, mais l'utérus reste volumineux, remontant jusqu'à l'ombilic. La femme quitte le service le 13 mars, en bon état.

OBSERVATION N° 12

M. le Professeur COVELAIRE

HÉMORRAGIE PAR INSERTION BASSE DU PLACENTA

Mur... R..., 34 ans, entre dans le service le 2 mars 1938.

Antécédents héréditaires : père mort à 50 ans d'un anévrisme. Mère bien portante. Trois collatéraux bien portants.

Aucun antécédent pathologique.

Antécédents physiologiques : née à terme, elle a été réglée à 16 ans. Règles normales, indolores, durant trois à quatre jours.

Antécédents obstétricaux : Première grossesse en 1930. Accouchement normal, à terme, d'une fille vivante, de 3.750 grammes, actuellement bien portante. Deuxième grossesse en 1936. Terminée par avortement spontané de deux mois environ. Curettage utérin.

Actuellement, c'est donc sa troisième grossesse.

Dernières règles, du 3 au 7 juin.

Gestation bien supportée, pas d'accidents, ni de complications.

Examen le 2 mars. Hauteur utérine 30. Dos à gauche, bruits du cœur nets. Petite tête, en bas et fixée.

Toucher vaginal : col effacé, dilatation entre un

et deux frans. On a l'impression d'un corps mou, puis, derrière, une petite tête qui remonte. Membranes intactes.

En arrivant, la femme perdait du sang, et le toucher vaginal en ramène un peu, ainsi qu'un caillot.

Température à 36°3, urine trouble.

Dans le courant de l'après-midi, la femme continue à perdre un peu de sang, les bruits du cœur sont perceptibles.

A 17 h. 45, la femme saigne davantage et expulse un caillot. Cependant l'état général est bon, les bruits du cœur sont nets. Le toucher vaginal montre une dilatation de deux frans, on a l'impression d'un placenta inséré bas à gauche. Tension artérielle 11-8, pouls 100-104.

A 18 h. 15, hémorragie de sang rouge assez abondante. L'utérus est souple, se contractant bien. Le toucher vaginal montre une dilatation de 2' à 5 frans. On sent dans l'orifice cervical des membranes rugueuses, vraisemblablement les bords d'un placenta inséré en bas et à gauche. Présentation élevée, mais bien centrée par rapport au détroit supérieur et appuyant bien sur le col.

On fait le diagnostic d'insertion basse du placenta, et l'on pratique une rupture artificielle des membranes. On constate l'écoulement d'un liquide amniotique clair, et l'hémorragie s'arrête.

A 19 h. 35, accouchement normal d'une fille vivante, pesant 2.930 grammes.

A 19 h. 15, délivrance naturelle incomplète. Une partie du placenta est retenue par une adhérence considérable au niveau de la zone d'insertion basse. Décollement au doigt, mais certains débris placentaires ne peuvent être décollés.

Examen du placenta : pas de petit côté. Le cordon

est d'insertion centrale. L'ouverture artificielle de l'œuf s'est arrêtée au niveau d'un vaisseau praevia entre deux lobes placentaires, sans produire la rupture de ce vaisseau.

Les suites de couches sont normales, et la mère et l'enfant quittent l'hôpital, le 14 mars 1938, en bon état.

CONCLUSION

I. — D'après notre statistique, la fréquence de l'insertion vélamenteuse du cordon ombilical serait de 1 pour 100 accouchement.

II. — La cause de cette anomalie du cordon étant inconnue, nous avons recherché certaines données étiologiques et trouvé sur 37 accouchées :

1. Une grande prédisposition des primipares (22 primipares).

2. Une fréquence marquée des antécédents pathologiques et surtout gynécologiques. (28 cas d'antécédents pathologiques dont 17 gynécologiques.)

3. Une coexistence importante des anomalies placentaires. (10 placentas bas; 14 à la limite d'insertion basse, 8 placentas de forme anormale.)

4. L'insertion vélamenteuse serait dix fois plus fréquente dans les grossesses gémellaires (10, pour 100 grossesses gémellaires) que pour les grossesses simples.

III. — Au point de vue clinique, l'insertion vélamenteuse du cordon paraît entraîner certaines conséquences au cours de la grossesse et surtout pendant l'accouchement.

— Le moment de rupture des membranes serait prématuré ou précocé.

— L'aspect du liquide amniotique témoignerait, dans certains cas, une souffrance fœtale.

— Le poids de l'enfant serait inférieur au poids normal moyen.

Par contre, la durée de la grossesse ne semble pas notablement influencée.

IV. — L'insertion vélamenteuse peut déterminer des accidents pendant l'accouchement, surtout en raison de la disposition particulière des vaisseaux ombilicaux. Ces accidents sont, avant tout, la rupture vasculaire et la compression des vaisseaux. On trouve aussi une prédisposition à la procidence et à la rupture du cordon. Ce sont surtout des procidences.

Mais la disposition particulière des vaisseaux peut être, à titre exceptionnel, la cause d'une rupture vasculaire au moment de l'ouverture de la poche des eaux. Cette rupture vasculaire se traduit par une hémorragie, souvent, presque toujours après la perte des eaux, contrairement à l'hémorragie des insertions vicieuses du placenta avec laquelle on la confond très souvent. Elle s'en distingue en outre par la conservation de l'état général de la mère, qui contraste avec la disparition des bruits du cœur fœtal.

Vu :

Le Président de thèse,
COUVELAIRE.

Vu :

Le Doyen,
TIFFENEAU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- Bessière.* — De l'insertion vélamenteuse du cordon. Th. Paris, 1884.
- Boley (H.-B.).* — Report of case of velamentous insertion of cord with rupture and subsequent death of foetus in utero. Amer. J. Obst. & Gyn. 1933, t. 25, p. 156.
- Brindeau.* — Insertion vélamenteuse du cordon. (La pratique de l'art des accouchements, 1927, tome 3, page 405.)
- Chantreuil.* — Des dispositions du cordon (la procidence exceptée) qui peuvent troubler la marche régulière de la grossesse et de l'accouchement. Th. agrég. 1875.
- Chiari, Braun et Spaeth.* — Klinik der Geburtsh. und Gyn. Erlangen, 1852.
- Dreyfus.* — Hémorragie par suite d'insertion vélamenteuse du cordon (Société d'obstétrique et de gynécologie de Strasbourg. Séance du 7 mai 1932. XCH. N° 23. 15 août 1932.)
- Franque (V.).* — Monatschft. Geburtsh. 1900, t. 12, p. 128.
- Frommolt (G.).* — Gefässzerreissung bei Insertio velamentosa vor dem Blasensprung. Zentralbl. Gynäk. 1926, t. 1, p. 1.131.
- Grieco (A.).* — Rilievi clinico-statistici sull'inserzione

- velamentosa del cordone ombellicale. *Monitore ostetr.-ginec.* 1936, t. 8, p. 89.
- Halliday Croome.* — Funicular hemorrhage during labour. *Edinburgh Med. Journ.* 1882.
- Huter.* — *Monatschft. f. Geburtsh.* 1866, t. 28, p. 330.
- Hecker.* — *Klinik der Geburtskunde.* Leipzig 1861, page 162.
- Hugues.* — De l'implantation vélamenteuse du cordon ombilical. Th. Montpellier, 1884.
- Lemaestre.* — *Bull. Soc. Anat. Paris*, 1846.
- Laenneck.* — Les anomalies d'insertion du cordon ombilical (*Revue médicale française*, N° 9, décembre 1934.)
- Langershans.* — *Archive für gynécologie* 1878, volume 13, page 304.
- Le Lorier.* — Cordon ombilical (Fiche de la pratique médicale. 1935, N° 522.)
- Lefèvre (G.).* — De l'insertion vélamenteuse du cordon. Dans ses rapports avec la grossesse et l'accouchement. Th. Paris, 1896.
- Lobstein (J.-F.).* — Notice sur une disposition particulière des vaisseaux du cordon ombilical, in *Arch. de l'Art des accouch. de Schweighauser*, Strasbourg, 1801, p. 120.
- Meyer (R.).* — Ueber einen Fall von velamentöer Nabelschnuranheftung. *Arch. f. Gynäk.* 1923, t. 116, p. 599.
- Nijhorf.* — *Zentralbl. f. Gynäk.* 1908, n° 54.
- Noldeke.* — Geburtskomplikationen bei Insertio velamentosa. *Zentralbl. Gynäk.* 1934, t. 1, p. 351.
- Peters.* — *Monatschft. Geburtsh.* 1901, t. 13, p. 1.
- Pouillet.* — Implantation vélamenteuse du cordon considérée comme l'une des causes de la rupture prématurée des membranes. *Ann. gynéc.* 1879, t. 12, p. 241.

- Ruge (H.).* — Insertio velamentosa als Indikation zum Kaiserschnitt. Ztsvhft. Geburtsh. 1934, t. 108, p. 426.
- Russin.* — Monatschft. Geburstsh. 1929, t. 82, p. 264.
- Solingen (V.).* — Ueber die Einpflanzung der Nabelschnur in den Eihäuten. Marburg, 1859.
- Sorrentino.* — Bellissimo esemplare di inserzione velamentosa del cordone ombellicale in placenta previa laterale. Clin. Obstetr. 1936, t. 38, p. 164.
- Stoeckel.* — In Handbuch f. Geburtshilfe de Winkel, 1905, t. 3, fasc. 2.
- Thevenot.* — Les vaisseaux du placenta humain à l'état normal et pathologique. 1870.
- Wahl.* — Schwangerschaftsblutung und intra-uterine. Fruchttod infolge Ruptur eines Nabelschnurgefäßes bei Insertio velamentosa. Zentralbl. f. Gynäk. 1930, t. 2, p. 1.366.
- Whitehouse.* — Velamentous insertion of ombilical cord. Amer. J. Obst. & Gyn. 1937, t. 33, p. 527.

TABLE DES MATIERES

Introduction	13
I. — Fréquence de l'insertion vélamenteuse ..	16
II. — Facteurs étiologiques	18
III. — Conséquences cliniques	24
IV. — Diagnostic	28
V. — Accidents	31
VI. — Conduite à tenir	34
Observations	36
Conclusion	57
Bibliographie	59

